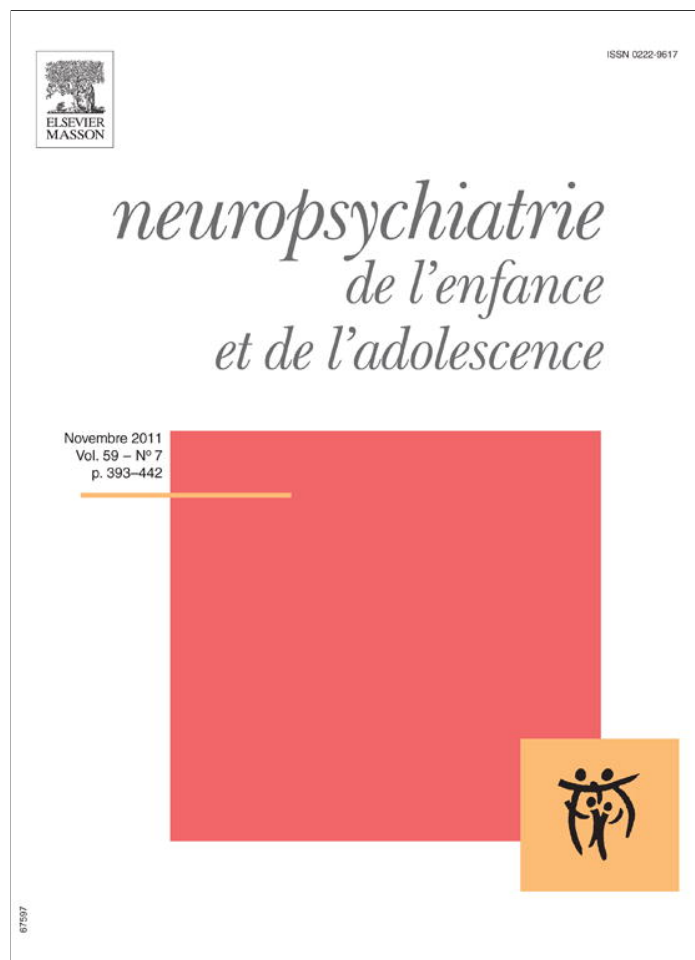


Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.


Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie  
de l'enfance  
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 59 (2011) 393–403

Article original

## Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers

*Psychosocial risk factors and psychiatric disorders in children and adolescents involved with foster care and admitted for inpatient psychiatric care*

C. Kayser<sup>a</sup>, E. Jaunay<sup>a</sup>, M. Giannitelli<sup>a</sup>, E. Deniau<sup>a</sup>, J. Brunelle<sup>a</sup>, O. Bonnot<sup>a</sup>,  
A. Consoli<sup>a,c</sup>, J.-M. Guilé<sup>b</sup>, D. Cohen<sup>a,\*,c</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013, Paris, France

<sup>b</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Picardie, CHU d'Amiens, 80000 Amiens, France

<sup>c</sup> CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotiques, université Pierre et Marie Curie, 75005 Paris, France

### Résumé

Les enfants et adolescents pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) constituent une population à haut risque de développer une pathologie psychiatrique. À travers une étude clinique réalisée dans les unités d'hospitalisation d'un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous avons exploré les spécificités des troubles psychiatriques présentés par les jeunes pris en charge par l'ASE, et des facteurs de risque auxquels ils sont confrontés. Les résultats montrent davantage de troubles des conduites chez les jeunes pris en charge par l'ASE, et au niveau des variables dimensionnelles, plus de traits caractérisant l'organisation limite, soit davantage d'impulsivité, de labilité émotionnelle, d'hostilité et de troubles des relations. Les facteurs de risque environnementaux et familiaux retrouvés de façon significative dans le groupe ASE sont les conflits familiaux, les parents isolés, les pathologies psychiatriques des parents, les ruptures répétées dans les lieux de vie. La gravité et la prévalence élevées de troubles psychiatriques chez les jeunes pris en charge par l'ASE et nécessitant des soins hospitaliers spécialisés montrent l'impact des interactions avec l'environnement sur le développement de la psychopathologie chez l'enfant et l'insuffisance de moyens de prévention adaptés.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Mots clés** : Protection de l'enfance ; Troubles psychiatriques ; Troubles du comportement ; Facteurs de risque ; Hospitalisations

### Abstract

**Background.** – Children and adolescents involved with foster care are a population at high risk of developing psychiatric disorders. Here, we aimed to assess in children and adolescents admitted in a University Department of Child and Adolescent Psychiatry whether being involved with foster care would change psychopathology and risk factors they face.

**Method.** – We conducted a case-control study in a sample of 103 inpatients aged 6 to 18 years (52 supported by foster care; 51 not supported). Assessment included family and medical histories, psychopathology using the MINI neuropsychiatric interviews (Kid and parents) for axis 1 diagnoses and the diagnostic interview for borderline for axis 2 diagnoses. We also scored the following scales: Global Assessment Functioning, Eysenck Impulsivity and Empathy Scale, Buss and Durkee Hostility Inventory, Harvey Affective Liability Scale.

**Results.** – We found more psychosocial life events, both past and recent (occurring less than 2 years) in inpatients involved with foster care (family conflicts, single parent, repeated breaks in places of life, academic failures). We also found more family history of antisocial personality disorder, alcoholism and other drug abuses in first-degree relatives. Regarding axis 1 psychopathologies, we found significantly more conduct disorders, specific developmental disorders and learning difficulties among youths supported by foster care. Finally, we found several prevalent traits of the borderline personality and higher scores of impulsivity, emotional liability and hostility. However, we did not find significant difference for empathy score between the two groups. The results emphasize a condition of cumulative risk factors in the inpatients population involved with foster care.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : david.cohen@psl.aphp.fr, Dcohen55@noos.fr (D. Cohen).

*Conclusion.* – The severity and prevalence of psychiatric disorders among youths involved with foster care and requiring psychiatric inpatient stay show the impact of interactions with the environment on the development of psychopathology in children and, for some of them, the inadequacy of the means of prevention.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords:* Child protection; Psychiatric disorders; Behavioural disorders; Risk factors; Hospitalization

## 1. Introduction

### 1.1. Facteurs de risque environnementaux et psychopathologie

Depuis les travaux novateurs d'Adler [1] (1930) puis Spitz [2] (1945) et Bowlby [3] (1954), les professionnels de la psychiatrie de l'enfant connaissent l'importance de l'environnement dans le développement psychologique de l'enfant. Les recherches des dernières décennies se sont attachées à préciser les facteurs de risques environnementaux qui influencent le développement de troubles psychopathologiques chez l'enfant, grâce à l'analyse statistique de données recueillies lors d'études longitudinales [4–6].

Les facteurs familiaux sont apparus comme jouant un rôle important, en particulier les problèmes parentaux de conflit ou de pathologie psychiatrique individuelle, et les relations parents–enfant altérées. Parmi les troubles étudiés, les troubles des conduites sont apparus comme les plus sensibles à l'environnement familial. Les problèmes parentaux tels que les conflits, la séparation de parents et les mères élevant seules leurs enfants, ont été retrouvés dans de nombreuses études comme facteurs de risque de psychopathologie chez l'enfant [6–9], et en particulier de troubles des conduites [10]. Les attitudes parentales et le style éducatif jouent un rôle déterminant dans le comportement de l'enfant et son évolution. Dans leur revue de la littérature sur les troubles des conduites, Loeber et al. [11] décrivent les modes éducatifs les plus corrélés aux troubles des conduites : d'une part, le manque de surveillance, l'attitude de démission éducative par les parents, qui d'une certaine façon peut s'apparenter à la carence intrafamiliale, et d'autre part, une discipline trop stricte et avec recours à la violence. En revanche, une attitude chaleureuse des parents, l'implication dans les activités, la supervision du comportement de l'enfant par les parents prévient le développement de troubles du comportement, même dans des contextes sociaux défavorisés.

La fréquente superposition de ces facteurs et leurs influences mutuelles impose de contrôler leurs intrications par des analyses statistiques, mais cette démarche de différencier les facteurs environnementaux familiaux peut souvent s'avérer complexe. Par ailleurs, les études sur le cumul des facteurs de risque familiaux montrent que cela augmente la pathogénie. Dans l'étude prospective longitudinale de Wille et al. [6] sur près de 3000 jeunes allemands, le nombre de facteurs de risque cumulés est très fortement lié au développement de pathologie psychiatrique, plus que chaque facteur de risque individuel même fortement prédictif de psychopathologie. De même, dans l'étude de Christchurch [5], les 2,7 % des enfants qui, à l'âge de 15 ans, développent des problèmes de comportement sévères et multiples étaient ceux qui

avaient été confrontés pendant l'enfance à des risques sociaux et familiaux multiples. Les facteurs de risque psychosociaux peuvent également influencer sur le développement de troubles par l'intermédiaire des modalités d'attachement, car ils sont facteurs de risque d'attachement insécure ou désorganisé [12,13].

Un autre type de facteur de risque environnemental de psychopathologie largement étudié est représenté par les troubles psychiatriques des parents. Dans le trouble des conduites, les études montrent une prévalence majorée de personnalité antisociale et de toxicomanie [14,15], et de dépression [16,17] chez les parents. La part d'influence génétique peut être difficile à différencier des facteurs familiaux, mais les études menées avec les méthodes des jumeaux ou des adoptions suggèrent que dans le trouble des conduites, l'influence génétique ne suffit pas à rendre compte des corrélations entre troubles des parents et des enfants, et que l'influence de l'environnement doit être également prise en compte [10], et en particulier le développement des capacités d'empathie [18].

### 1.2. Cas particulier des enfants placés

Dans une revue de la littérature de 1995, rapportant les résultats de plusieurs études anglo-saxonnes de grande échelle décrivant une population d'enfants placés, Pauzé et al. [19] notent que des troubles psychologiques sont souvent relevés. Le pourcentage de jeunes présentant de tels troubles est cependant très variable d'une étude à l'autre (12 % à 74 %) en lien avec des méthodes d'évaluation hétérogènes. Un certain nombre d'études évaluent la gravité des troubles psychiatriques présentés, sans spécifier la nature des troubles en question. Phillips et al. [20] décrivent dans un échantillon de 309 enfants « des troubles émotifs et du comportement légers » chez 74 % et « sévères » chez 19 % ; McIntyre et Keesler [21] évaluent en 1986 à 50 % la prévalence de « désordres psychologiques » dans un échantillon de 158 enfants placés, dont 60 % présentent deux troubles et plus. Swire et Kavalier [22] retrouvent 70 % de « détérioration psychiatrique » dont 35 % de « détérioration psychiatrique modérée » et 35 % « sévère ». Ainsi, même si les proportions d'enfants placés présentant des troubles diffèrent d'une étude à l'autre, elles restent très élevées. En effet, les auteurs évaluent entre 11 % et 25 % la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants en population générale [6,23]. Récemment, le suivi des orphelins roumains en situation de déprivation sévère dès la petite enfance, puis placés aux États-Unis ou en Angleterre, a montré que des progrès spectaculaires surviennent lorsque l'environnement est modifié avant l'âge de deux ans, dans un sens favorable, bien que des séquelles soient toujours possibles : trouble des conduites, déficience intellectuelle, mais également de plus rares cas d'autisme [24,25].

En France, l'aide sociale à l'enfance (ASE) est l'institution publique qui organise la protection de l'enfance en danger et l'aide aux familles en difficulté. Elle agit par le biais d'accompagnements éducatifs au domicile (aide éducative en milieu ouvert, AEMO), ou de placements lorsqu'il existe un danger dans le maintien de l'enfant au domicile. Les situations qui entraînent une prise en charge à l'ASE peuvent être considérées à haut risque : les enfants sont confrontés à une accumulation de facteurs identifiés à fort risque de psychopathologie et l'exposition à ces facteurs est durable et prolongée. La prévalence des troubles psychiatriques dans cette population est élevée (autour de 40 % selon les données du CAREPS de 2003) [26], et dans une étude menée dans les Yvelines, 80 % des enfants présentent une « fragilité psychoaffective » [27].

Bien qu'aucune relation de causalité linéaire n'ait été retrouvée entre les facteurs de risque environnementaux coexistant avec les mesures ASE et des troubles psychiatriques spécifiques, certaines associations sont apparues significatives au travers de plusieurs études. Le suivi des orphelins romains [24,25] a montré que les troubles les plus fréquemment décrits sont les troubles externalisés, essentiellement troubles des conduites et agressivité. D'autres types de troubles sont également rapportés chez les enfants : troubles de l'attachement, retards spécifiques de développement, difficultés de socialisation avec les pairs mais aussi de rares cas d'autisme ; chez les adolescents, les troubles dépressifs sont souvent décrits, avec un risque majeur de passage à l'acte auto-agressif dans cette population. Les difficultés scolaires représentent un problème fréquemment associé. La comorbidité entre plusieurs types de pathologie est souvent retrouvée.

### 1.3. Objectif de l'étude

Confrontés à un grand nombre de demande d'hospitalisation à la demande de l'ASE, nous avons conduit une étude prospective cas-témoin dans le but d'étudier les caractéristiques en termes de pathologies psychiatriques, de difficultés scolaires, de facteurs de risque environnementaux de jeunes pris en charge par l'ASE, par le biais d'une AEMO ou d'un placement. L'étude a été conduite dans un service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pendant une durée d'un an.

## 2. Méthode

### 2.1. Population étudiée

Le recrutement des patients a été effectué parmi les patients hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière, dans les quatre unités d'hospitalisation de janvier 2008 à janvier 2009 consécutivement. Les enfants éligibles étaient âgés de six à 18 ans pendant l'année de recrutement. Les patients pris en charge par l'ASE étaient systématiquement signalés par les assistantes sociales des unités qui ont fourni les données sur le type de mesure (AEMO, placement ASE), les dates de début et fin et la durée de la mesure. En cas de placement, les informations

sur les causes du placement et le nombre de lieux de vie ont aussi été colligées. Pour chaque cas, un contrôle a été recruté dans la même unité à partir de la date d'hospitalisation la plus proche. Nous n'avons pas apparié pour le sexe car nous attendions plus de garçons dans le groupe ASE. Pour l'âge, l'appariement s'est réalisé sur les unités elles-mêmes puisque les admissions y sont regroupées en classe d'âge.

### 2.2. Procédure et recueil des données et classement des diagnostics

Les données ont été recueillies de manière prospective d'évaluation systématisée incluant entretiens semi-structurés, hétéroquestionnaires et autoquestionnaires : Mini Kid Enfant, Mini Kid Parent [28] et DIB-R [29]. Les données systématiquement recueillies concernent la situation familiale actuelle, les antécédents familiaux de troubles mentaux, les facteurs de stress psychosociaux (maladie physique, décès d'un proche, conflit dans l'entourage, problèmes scolaires, changement de lieu de vie, problème légal, séparation des parents, agression psychique, agression sexuelle), la scolarité et le parcours de soins avant l'hospitalisation. Les données médicales recueillies concernent le motif d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation, les scores de fonctionnement global Évaluation globale du fonctionnement (EGF), à l'entrée et à la sortie. Des variables dimensionnelles ont aussi été évaluées : l'impulsivité, l'empathie, l'hostilité et la labilité émotionnelle ainsi que les traits de pathologie limite dont une étude antérieure avait confirmé l'impact psychopathologique [30]. Les traits de pathologie limite du point de vue du sujet par rapport à lui-même ont été évalués, en autoquestionnaire, avec la version française de l'Abbreviated-Diagnostic Interview for Borderlines développée à partir du DIB-R avec une bonne validité convergente [31]. L'impulsivité et l'empathie ont été évaluées avec les échelles d'impulsivité et d'empathie d'Eysenck [32]. Pour évaluer la dimension d'hostilité, nous avons utilisé la version adolescent Buss and Durkee Hostility Inventory [33] adaptée durant cette étude pour les adolescents francophones [34]. Cet autoquestionnaire couvre l'attitude hostile, les conduites agressives verbales et physiques. Enfin, nous avons utilisé l'Affective Liability Scale de Harvey adaptée pour les adolescents francophones [35] pour l'évaluation de la labilité émotionnelle.

### 2.3. Production des diagnostics

L'étude descriptive transversale des troubles psychiatriques présents a été menée à partir de diagnostics provenant de deux types de sources :

- diagnostics posés par les cliniciens des différentes unités, selon les catégories diagnostiques de la CIM 10 et systématiquement recueillis;
- hétéroquestionnaire Mini Kid 2.

Le Mini Kid 2 explore de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe 1 du DSM IV chez les enfants. Il s'agit d'un entretien divisé en 16 modules : épisode

dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, épisode hypomaniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, angoisse de séparation, trouble obsessionnel compulsif, alcool et drogues (dépendance/abus), tabac (dépendance), état de stress post-traumatique, anorexie mentale, anxiété généralisée, troubles des conduites, tics et Gilles de la Tourette. Il n'explore pas certaines catégories comme la schizophrénie, la personnalité *borderline*, les troubles spécifiques du développement. Il existe une version enfant et une version parent, la passation est menée par l'interne de l'unité. Ce n'est jamais le même clinicien qui pose le diagnostic et qui fait passer l'hétéroquestionnaire.

Pour l'évaluation standardisée du diagnostic de personnalité *borderline*, nous avons utilisé, en plus du diagnostic posé par le clinicien, le Diagnostic Interview for Bordeline (DIB-R), validé à partir de 12 ans, et la version enfant, le Child Diagnostic Interview for Bordeline R (C-DIB-R) pour les patients de huit à 12 ans [29]. Ces hétéroquestionnaires évaluent de façon dimensionnelle les éléments cliniques caractérisant le trouble de personnalité limite, selon quatre dimensions : affect, cognition, impulsivité et relations interpersonnelles. La version révisée est plus performante pour différencier la personnalité limite d'autres troubles de personnalité. Le score total s'échelonne de 0 à 10, le diagnostic de personnalité *borderline* est porté pour un score supérieur ou égal à 7. Le diagnostic psychiatrique retenu a suivi une méthodologie de consensus clinique tenant compte des différentes évaluations disponibles en fin d'hospitalisation. Deux raisons nous ont conduit à ce choix : la lourdeur de la méthodologie avec risque de données manquantes et le fait que pour les jeunes relevant de l'ASE l'entretien parental était souvent impossible ou trop partiel.

Nous avons néanmoins réalisé une étude de concordance des différents instruments utilisés pour les diagnostics les plus fréquents. Ainsi, pour l'épisode dépressif majeur, le Kappa (qui mesure la concordance) entre le diagnostic consensus de *best estimate* et le MiniKid Ado ( $n = 46$ ), le MiniKid Parents ( $n = 49$ ), et le diagnostic clinicien ( $n = 103$ ) est respectivement égal à 0,32 ( $p = 0,025$ ), 0,36 ( $p = 0,012$ ) et 0,49 ( $p < 0,001$ ) ; pour le TED, le Kappa entre le diagnostic consensus de *best estimate* et le MiniKid Parents ( $n = 49$ ), et le diagnostic clinicien ( $n = 103$ ) est respectivement égal à 0,34 ( $p = 0,005$ ) et 0,64 ( $p < 0,001$ ) ; pour l'anxiété de séparation, le Kappa entre le diagnostic consensus de *best estimate* et le MiniKid Parents ( $n = 49$ ), et le diagnostic clinicien ( $n = 103$ ) est respectivement égal 0,17 ( $p = 0,14$ ) et 0,27 ( $p < 0,003$ ) ; pour le trouble des conduites, le Kappa entre le diagnostic consensus de *best estimate* et le MiniKid Ado ( $n = 46$ ), le MiniKid Parents ( $n = 49$ ), et le diagnostic clinicien ( $n = 103$ ) est respectivement égal à 0,39 ( $p = 0,009$ ), 0,67 ( $p < 0,001$ ) et 0,53 ( $p < 0,001$ ) ; pour le trouble *borderline*, le Kappa entre le diagnostic consensus de *best estimate* et le DIB-R ( $n = 40$ ) est égal à 0,7 ( $p < 0,001$ ).

#### 2.4. Analyse statistique

Les différentes analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 2.7.0 (The R Foundation for Statistical Computing). Pour chacune des données recueillies, nous avons comparé les résultats entre les enfants pris en charge ou non

à l'ASE. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé un test du Chi<sup>2</sup> ou de Fisher. Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé un test de Student. Pour l'analyse de la DIB-R et de l'Ab-DIB, les résultats ont été traités selon deux approches. Dans l'approche quantitative, nous avons conservé le score de sévérité, alors que dans l'approche qualitative, les degrés de sévérité ont été convertis en une variable dichotomique en fonction du seuil inférieur définissant un probable trouble limite (score  $\geq 7$  pour la DIB-R et score  $\geq 12$  pour l'Ab-DIB). Nous considérons que le résultat est significatif lorsque le  $p$  est inférieur ou égal à 0,05. Dans les tableaux répertoriant les moyennes des variables, les écarts-types figurent entre parenthèses.

### 3. Résultats

#### 3.1. Description de l'échantillon

Le service de pédopsychiatrie a accueilli, entre février 2008 et février 2009, 226 patients (135 garçons, 91 filles). Les garçons sont 1,5 fois plus nombreux que les filles. Parmi les patients, 97 (43 %) bénéficiaient d'une prise en charge à l'ASE (AEMO et/ou placement). La moyenne d'âge des patients hospitalisés est de 15,4 ans. Notre échantillon est constitué de 103 patients hospitalisés (58 garçons et 45 filles). Les garçons sont 1,3 fois plus nombreux que les filles. Cinquante-deux (51 %) patients bénéficient d'une prise en charge à l'ASE. La moyenne d'âge de notre échantillon est 13,1. Les raisons de non-participation à l'étude furent : refus du patient, durée d'hospitalisation trop courte, ce qui est plus fréquent chez les adolescents les plus âgés, impossibilité de mener l'évaluation pour le médecin (ex : parents non disponibles pour l'entretien, idées délirantes trop actives pour permettre les autoquestionnaires, mutisme. . .).

Dans le groupe des enfants et adolescents qui bénéficient d'une prise en charge à l'ASE, les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles. Parmi les 52 jeunes, 32 sont ou ont été placés. Les raisons du placement se répartissent ainsi : maltraitance physique ( $n = 3$ ), maltraitance psychique ( $n = 3$ ), abus sexuels ( $n = 4$ ), carence grave ( $n = 11$ ), troubles du comportement majeur ( $n = 3$ ), abandon ( $n = 3$ ). Pour les trois derniers, les causes sont autres ou indéterminées. Bien souvent, plusieurs motifs sont intriqués, mais nous n'avons retenu que la cause principale de placement. Concernant le nombre de lieux de placement pour les patients placés, la moyenne est de 2,5 ( $\pm 2,4$ ). Le nombre maximal de placements est dix. La moyenne de l'âge au moment du placement est neuf ans ( $\pm 5,2$ ). Trente-six jeunes bénéficient ou ont bénéficié d'une aide éducative en milieu ouvert (AEMO). Parmi les jeunes pris en charge par l'ASE, 16 jeunes ont fait l'objet des deux types de mesures, AEMO et placement ASE.

#### 3.2. Données socio-démographiques, scolarité et sévérité globale

Le **Tableau 1** collige les principales données socio-démographiques, scolaires et d'hospitalisation des enfants et adolescents selon qu'ils sont pris en charge à l'ASE ou non. L'origine géographique des parents n'est pas corrélée à

Tableau 1

Principales caractéristiques socio-démographiques et scolaires des enfants et adolescents hospitalisés selon qu'ils soient pris en charge ou non par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

	Non ASE (n = 51)	ASE (n = 52)	p
<b>Données à l'entrée</b>			
Age (années)	13,4 (± 2,8)	12,9 (± 2,6)	0,387
Fille vs Garçon	28 (55 %)-23 (45 %)	17 (33 %)-35 (67 %)	0,023
<i>Origine de la mère</i>			
France métropolitaine	36 (70 %)	32 (67 %)	0,893
DOM-TOM	1 (2 %)	1 (2 %)	
Europe	3 (6 %)	3 (6 %)	
Afrique	9 (18 %)	12 (25 %)	
Autres	2 (4 %)	0 (0 %)	
<i>Origine du père</i>			
France métropolitaine	30 (59 %)	27 (55 %)	0,129
DOM-TOM	1 (2 %)	5 (10 %)	
Europe	3 (6 %)	1 (2 %)	
Afrique	12 (23 %)	15 (31 %)	
Autres	5 (10 %)	1 (2 %)	
Redoublement	18 (37 %)	18 (36 %)	0,007
Orientation adaptée	11 (23 %)	21 (44 %)	0,036
EGF entrée	32,8 (± 11,7)	31,5 (± 12,9)	0,59
<b>Évolution au cours de l'hospitalisation</b>			
<i>Lieu de vie à la sortie</i>			
Inchangé	33 (70 %)	28 (60 %)	0,2
Modifié	15 (30 %)	21 (40 %)	
<i>Scolarité à la sortie</i>			
Inchangée	24 (51 %)	29 (60 %)	0,358
Orientation spécialisée	23 (49 %)	19 (40 %)	
EGF sortie	58,8 (± 15,2)	55,8 (± 14,6)	0,328
ΔEGF entrée-sortie	25,6 (± 12,5)	24,2 (± 14,6)	0,613
Durée d'hospitalisation (jours)	81,9 (± 56,4)	147,3 (± 98)	< 0,001

EGF : évaluation globale du fonctionnement.

l'appartenance à un des groupes. Mis à part le sex-ratio, il n'existe pas de différences significatives au plan psychosocial. Les enfants du groupe ASE présentent davantage de difficultés scolaires, ce qui se traduit par un taux de redoublement élevé, et davantage d'orientation vers une scolarité adaptée (CLIS : classe d'intégration scolaire, SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté, SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile, ITEP : internat thérapeutique éducatif et pédagogique, IME : institut médico-éducatif, soins études, scolarité en hôpital de jour).

La différence entre les deux groupes apparaît de façon très significative.

Sur le plan de la sévérité des troubles, les scores à l'échelle de fonctionnement global sont assez similaires pour les deux groupes à l'entrée et à la sortie et les différentiels entre les valeurs d'entrée et de sortie sont aussi très proches dans les deux groupes. Cela souligne que l'hospitalisation est essentiellement décidée devant des critères de sévérité des troubles. En revanche, la durée d'hospitalisation est beaucoup plus longue pour les patients du groupe ASE, pour un effet de l'hospitalisation équivalent au plan de l'amélioration clinique. On peut aussi noter le taux important de changement de lieu de vie pour les patients à la sortie de l'hôpital. Le lieu de vie principal changeait pour 33 patients (orientation en internat, en soins études, placement en foyer ou en famille d'accueil), pour les 67 restants,

elle restait inchangée. Le changement de lieu de vie est plus fréquent dans le groupe ASE, mais la différence n'est pas significative.

### 3.3. Facteurs de stress récents et passés, et antécédents familiaux

Le **Tableau 2** collige les facteurs de stress récents et passés, et antécédents familiaux en fonction de la prise en charge ou non à l'ASE. De façon globale, on retrouve en moyenne par sujet plus de facteurs de risque précoces (1,16 (± 1,1) vs 2,16 (± 1,5),  $U = 785,5$ ;  $p < 0,001$ ) et plus de facteurs de stress récents ou actuels (1,1 (± 1,0) vs 1,6 (± 0,9),  $U = 901$ ;  $p = 0,007$ ) parmi les jeunes pris en charge par l'ASE. Le cumul des facteurs de risque est significativement plus important dans le groupe ASE. Ceux-ci apparaissent plus exposés aux changements de lieu de vie, aux conflits familiaux et aux séparations des parents.

Concernant les antécédents familiaux, on retrouve davantage de troubles de personnalité antisociale, de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents des enfants pris en charge à l'ASE. Signalons enfin, que les parents de quatre jeunes du groupe ASE de notre échantillon ont eux-mêmes été placés dans leur enfance, alors que dans l'autre groupe, aucun parent n'a été placé dans l'enfance.

Tableau 2

Facteurs de stress récents et précoces, et antécédents familiaux des enfants et adolescents hospitalisés selon qu'ils soient pris en charge ou non par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

	Non ASE (n = 51)	ASE (n = 50)	p
<b>Facteurs de stress psychosociaux précoces (≤ à l'âge de 6 ans)</b>			
Maladie physique, intervention chirurgicale, accident	8 (16 %)	5 (10 %)	0,394
Décès d'un membre de la famille ou d'un proche	3 (6 %)	4 (8 %)	0,715
Apparition d'un conflit dans l'entourage	9 (18 %)	19 (38 %)	0,022
Problèmes scolaires	13 (25 %)	9 (18 %)	0,362
Changement de lieu de vie	6 (12 %)	28 (56 %)	<0,001
Problème légal (arrestation, poursuite judiciaire)	1 (2 %)	1 (2 %)	1
Séparation des parents	12 (24 %)	32 (64 %)	<0,001
Agression physique	3 (6 %)	6 (12 %)	0,318
Agression sexuelle	4 (8 %)	4 (8 %)	1
<b>Facteurs de stress psychosociaux actuels (≤ 2 ans par rapport à l'hospitalisation)</b>			
Maladie physique, intervention chirurgicale, accident	3 (6 %)	3 (6 %)	1
Décès d'un membre de la famille ou d'un proche	7 (14 %)	3 (6 %)	0,318
Apparition d'un conflit dans l'entourage	5 (10 %)	10 (20 %)	0,15
Problèmes scolaires	23 (45 %)	30 (60 %)	0,134
Changement de lieu de vie	8 (16 %)	18 (36 %)	0,02
Problème légal (arrestation, poursuite judiciaire)	2 (4 %)	5 (10 %)	0,269
Séparation des parents	4 (8 %)	4 (8 %)	1
Agression physique	2 (4 %)	4 (8 %)	0,436
Agression sexuelle	2 (4 %)	3 (6 %)	0,678
<b>Antécédents familiaux</b>			
Déficiência intellectuelle	4 (8 %)	5 (10 %)	1
Dépression	20 (40 %)	15 (30 %)	0,267
Manie	1 (2 %)	1 (2 %)	1
Suicide	2 (4 %)	3 (6 %)	1
Alcoolisme	7 (14 %)	14 (27 %)	0,096
Toxicomanie	3 (6 %)	12 (24 %)	0,013
Psychose	3 (6 %)	6 (12 %)	0,488
Autisme	3 (6 %)	0 (0 %)	0,118
Séjours en hôpitaux psychiatriques	9 (18 %)	7 (14 %)	0,558
Trouble de personnalité paranoïaque	3 (6 %)	3 (6 %)	1
Placement	0 (0 %)	4 (8 %)	0,118
Personnalité antisociale	0 (0 %)	7 (14 %)	0,013
Trouble du comportement alimentaire	3 (6 %)	2 (4 %)	1

### 3.4. Diagnostic catégoriel

Le **Tableau 3** collige les principaux diagnostics retenus selon l'appartenance au groupe ASE (vs non ASE). La somme des pourcentages est supérieure à 100 car plusieurs diagnostics peuvent coexister. Dans plusieurs catégories diagnostiques, on retrouve une différence entre les deux groupes. Les patients du groupe ASE présentent davantage de troubles du développement de façon générale, et plus particulièrement les troubles spécifiques mixtes du développement (appelés aussi dysharmonies cognitives ou troubles complexes et multiples du développement) sont surreprésentés dans cette population (neuf patients (vs un patient) dans le groupe ASE,  $p < 0,01$ ). Pour les troubles envahissants du développement (TED) et pour la forme atypique des TED, la fréquence dans les deux groupes est équivalente. Le retard mental est un diagnostic plus présent chez les patients du groupe ASE, surtout le retard léger (cinq patients ASE, aucun patient non ASE), l'association est proche de la significativité ( $p = 0,057$ ). Pour

le retard mental moyen et important, les deux groupes sont plus comparables.

Concernant les troubles externalisés (F90 à F92), ils sont plus représentés chez les patients du groupe ASE (25 patients du groupe ASE, 14 dans le groupe non ASE,  $p = 0,029$ ), même si aucun des diagnostics considéré individuellement ne présente de différence significative. Les troubles de l'attachement sont aussi plus fréquents dans le groupe ASE, mais ce diagnostic a été peu porté dans notre échantillon (dix patients, sept ASE et trois non ASE).

À l'inverse, les troubles anxieux sont plus fréquents dans le groupe non ASE (quatre patients, aucun du groupe non ASE), l'association est proche de la significativité ( $p = 0,057$ ). De même, les troubles de l'humeur sont plus représentés dans le groupe non ASE (18 patients non ASE, huit patients ASE,  $p < 0,05$ ), et plus particulièrement l'épisode dépressif (12 patients non ASE, trois patients ASE). Des fréquences équivalentes dans les deux groupes sont retrouvées pour les troubles liés à la consommation de cannabis, pour la schizophrénie, pour

Tableau 3

Principaux diagnostics catégoriels des enfants et adolescents hospitalisés selon qu'ils soient pris en charge ou non par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Diagnostic	Code CIM X	Non ASE (n = 51)	ASE (n = 52)	p
Abus de substance (cannabis)	F 12	1 (2 %)	1 (2 %)	1
Schizophrénie	F 20	4 (8 %)	6 (12 %)	0,741
<i>Troubles de l'humeur</i>	F 30–F 34	19 (37 %)	9 (17 %)	0,023
Episode maniaque	F 30	4 (8 %)	3 (6 %)	0,715
Trouble bipolaire	F 31	4 (8 %)	3 (6 %)	0,715
Episode dépressif	F 32	12 (24 %)	3 (6 %)	0,011
Dysthymie	F 34	0 (0 %)	1 (2 %)	1
<i>Troubles anxieux</i>	F 40–F 43	4 (8 %)	0 (0 %)	0,057
<i>Troubles du comportement alimentaire</i>	F 50	1 (2 %)	1 (2 %)	1
<i>Troubles de la personnalité (&gt;15 ans)</i>	F60	12 (24 %)	14 (27 %)	0,692
Personnalité paranoïaque	F 60,1	4 (8 %)	4 (8 %)	1
Personnalité <i>borderline</i>	F 60,31	8 (16 %)	10 (19 %)	0,636
<i>Retard mental</i>	F 70–F 72	3 (6 %)	8 (15 %)	0,118
Retard mental léger	F 70	0 (0 %)	5 (10 %)	0,057
Retard mental moyen	F 71	1 (2 %)	2 (4 %)	1
Retard mental	F 72	2 (4 %)	0 (0 %)	0,243
<i>Troubles du développement</i>	F 80–F 88	11 (22 %)	21 (40 %)	0,039
Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage	F 80	1 (2 %)	0 (0 %)	0,495
Troubles spécifiques des acquisitions scolaires	F 81	3 (6 %)	2 (4 %)	0,678
Trouble spécifique du développement moteur	F 82	1 (2 %)	4 (8 %)	0,363
Troubles spécifiques mixtes du développement	F 83	1 (2 %)	10 (19 %)	0,005
Trouble envahissant du développement	F 840	5 (10 %)	1 (2 %)	0,112
Syndrome d'Asperger	F 845	0 (0 %)	1 (2 %)	1
Trouble envahissant du développement NOS	F 849	5 (10 %)	7 (13 %)	0,563
<i>Troubles du comportement et des émotions</i>	F 90–F 98	17 (33 %)	26 (50 %)	0,086
<i>Troubles externalisés</i>	F90–F92	14 (28 %)	25 (49 %)	0,029
Trouble hyperactivité déficit de l'attention	F 90	3 (6 %)	3 (6 %)	1
Troubles des conduites	F 91	8 (16 %)	15 (29 %)	0,109
Trouble oppositionnel avec provocation	F 913	2 (4 %)	1 (2 %)	0,618
Troubles mixtes des conduites et des émotions	F 92	1 (2 %)	6 (12 %)	0,112
Anxiété de séparation	F 93	4 (8 %)	2 (4 %)	0,437
Troubles de l'attachement	F 94	3 (6 %)	8 (15 %)	0,118
Tics et Sd de Gilles de la Tourette	F 95	4 (8 %)	1 (2 %)	0,205
	F 98	1 (2 %)	2 (4 %)	1

les troubles du comportement alimentaire et pour les troubles de personnalité.

### 3.5. Variables dimensionnelles et symptomatologie *borderline*

Le **Tableau 4** compare les scores des principales variables dimensionnelles étudiées selon l'appartenance au groupe ASE

Tableau 4

Approche dimensionnelle des enfants et adolescents hospitalisés selon qu'ils soient pris en charge ou non par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

	Non ASE (n = 22)	ASE (n = 18)	p
DIB-R variable continue	2,7 (± 2,9)	4,6 (± 3,1)	0,054
DIB-R variable dichotomisée	3 (14 %)	8 (44 %)	0,04
Eysenck impulsivité	9,9 (± 5,2)	12,9 (± 4,4)	0,033
Eysenck empathie	12,9 (± 3,8)	13,9 (± 3,4)	0,34
BDHI hostilité	29,3 (± 22,3)	47,9 (± 27,4)	0,033
ALS labilité émotionnelle	40,9 (± 27,9)	71,8 (± 40,5)	0,007

BDHI : Buss and Durkee Hostility Inventory ; ALS : Affective Liability Scale.

(vs non ASE). Sur les 103 patients de l'étude, 40 ont passé l'hétéroquestionnaire DIB-R ou C-DIB-R, dont 18 sont pris en charge à l'ASE. L'association entre un score élevé à la DIB-R et l'appartenance au groupe ASE est proche de la significativité en utilisant les variables continues ( $p = 0,054$ ), et devient significative en prenant les variables dichotomisées ( $p = 0,04$ , diagnostic positif si score  $\geq 7$ ). Cette évaluation de la symptomatologie *borderline* concerne les jeunes hospitalisés sans exclusion liée à l'âge, alors que le diagnostic de personnalité *borderline* n'est porté que chez les jeunes de plus de 15 ans, conformément aux recommandations des classifications internationales (CIM-10) [36]. Cela peut expliquer l'apparente discordance entre les résultats à la DIB, où les jeunes du groupe ASE répondent en proportion significativement plus élevée aux critères de personnalité *borderline* et le diagnostic *best estimate*, où il n'apparaît pas de différence significative entre les deux groupes. On retrouve également des scores plus élevés aux dimensions impulsivité, hostilité et labilité émotionnelle chez les patients du groupe ASE que dans l'autre groupe. En revanche, la dimension empathie ne présente pas de différence entre les deux groupes.



## 4. Discussion

### 4.1. Données psychosociales

Les jeunes pris en charge par l'ASE sont surreprésentés à l'hôpital par rapport à leur proportion dans la population générale : ils représentent la moitié des patients hospitalisés. Les données de la littérature montrent que l'incidence de la pathologie mentale chez ces jeunes est élevée [26]. Cela est lié au fait que les situations qui induisent les prises en charge ASE (négligence, maltraitance, conflit, précarité sociale) correspondent aux facteurs de risque de psychopathologie [11] en particulier pour les troubles externalisés [10], et se cumulent bien souvent [6]. La prise en charge par l'ASE rend compte de la gravité de ces situations à risque élevé.

Nous avons exploré dans notre étude les facteurs de risque auxquels sont exposés ces patients. Ils sont multiples et variés, de niveaux de gravité différents et plusieurs facteurs sont souvent superposés. Nous avons choisi de regrouper les patients placés et ceux qui bénéficient d'une mesure éducative au domicile en raison de la problématique de dysfonctionnement familial ou éducatif commune à ces deux sous-groupes, même si le degré de gravité est évidemment différent. Néanmoins, nous le justifions aussi par la fréquence des doubles mesures (AEMO et placement) parmi les enfants et adolescents pris en charge par l'ASE (16 patients sur 51 ont bénéficié des deux mesures). En ce qui concerne les patients placés, la littérature évoque les conditions et les conséquences très différentes entre les placements en institution et en famille d'accueil [37–39]. Dans notre échantillon, 12 patients vivent en institution et sept en famille d'accueil. Le groupe ASE est peu homogène en ce qui concerne les facteurs de risque auxquels ont été exposés les patients. Les effectifs des sous-groupes exposés aux différents facteurs spécifiques ne nous autorisent aucune étude chiffrée. Nous nous sommes limités à comparer l'expression de la psychopathologie en fonction de la présence ou l'absence d'un facteur de risque générique (le dysfonctionnement éducatif et familial) dans des contextes de gravité de pathologie analogue (hospitalisation nécessaire).

Nous observons ainsi une fréquence majorée de certains événements de vie dans le groupe ASE : les conflits dans l'entourage, le changement de lieu de vie, la séparation des parents sont significativement plus fréquents, et ce aussi bien dans les événements récents (datant des deux dernières années) que dans ceux de la petite enfance (avant l'âge de six ans). D'autres facteurs, comme la violence psychique ou les abus sexuels connaissent une répartition équivalente dans les deux groupes, cela confirmant que maltraitance et abus sont des facteurs de risque majeur de psychopathologie [13].

Le redoublement et les orientations scolaires sont deux fois plus fréquents chez les jeunes du groupe ASE que dans l'autre groupe. Les difficultés scolaires majeures dans le groupe ASE pourraient être en lien avec la fréquence élevée de troubles spécifiques mixtes du développement. De plus, l'alerte sur le retentissement scolaire chez les jeunes qui bénéficient d'étayage de la part de leur famille est probablement plus précoce, et intervient avant qu'un redoublement ou une orientation adaptée ne

soit nécessaire. Les difficultés scolaires des jeunes placés est une donnée citée par plusieurs études [26,40].

Enfin, les facteurs de risque psychosociaux sont souvent cumulés, et cela touche davantage les jeunes du groupe ASE : on retrouve significativement plus de parents avec une personnalité antisociale et avec des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme dans le groupe ASE. Ces antécédents sont identifiés comme facteurs de risque de psychopathologie, en particulier de troubles des conduites [14]. Dans notre échantillon, tous les parents qui ont un antécédent de placement dans l'enfance ont répété cette expérience avec leur enfant. Ils restent peu nombreux (quatre, soit 8 % du groupe ASE), la répétition transgénérationnelle des situations de placement n'est pas le facteur principal de prise en charge à l'ASE. Dans une revue de la littérature de 1995, Pauzé et al. retrouvaient plus d'antécédents de placements chez les parents des enfants placés. Les pourcentages variaient de 5 à 14 % chez les pères et de 15 à 47,5 % chez les mères [19]. Il est possible que ces antécédents ne déterminent pas ou seulement modérément une psychopathologie sévère.

De même, les enfants de tous les parents avec un trouble de la personnalité antisociale sont pris en charge à l'ASE. Ces deux facteurs, placement des parents et personnalité antisociale des parents, apparaissent assez spécifiques d'une prise en charge psychosociale. En revanche, si les antécédents familiaux de dépression sont globalement très fréquents dans notre population, ils concernent 35 patients sur 101, 20 du groupe non ASE, 15 du groupe ASE, et dans 22 cas il s'agit de dépression maternelle. C'est une donnée bien connue de la littérature [41,42] que la dépression maternelle est un facteur de risque important de psychopathologie. Ce facteur, bien que très représenté dans le groupe ASE, n'est pas spécifique des situations psychosociales à risque dans notre échantillon.

### 4.2. Données psychopathologiques

Dans notre population de jeunes hospitalisés, la gravité et le retentissement de la pathologie des jeunes pris en charge par l'ASE est équivalente à celle des enfants sans risque psychosocial. Les indications d'hospitalisation sont donc évaluées sans sous-estimer ou au contraire surestimer la sévérité relative par rapport au contexte. L'amélioration clinique constatée pendant la période d'hospitalisation est comparable dans les deux groupes. Mais la durée d'hospitalisation est considérablement plus longue dans le groupe ASE. Cela peut être dû à plusieurs facteurs :

- plus de temps est nécessaire avant de constater une amélioration clinique dans ces situations d'absence d'étayage familial, même si l'absence de mesure intermédiaire ne nous permet pas d'apprécier la dynamique temporelle de l'amélioration ;
- il existe une difficulté à trouver des solutions d'aval pour les prises en charge des patients confiés à l'ASE, du fait d'un manque de structures à vocation sociale et de soins, et de défaut de coordination avec les interlocuteurs sociaux et médicaux. Cela entraîne un séjour à l'hôpital prolongé, qui a pour but d'éviter des solutions d'hébergement provisoires et de nouvelles ruptures dans le lieu de vie. Mais ces séjours posent

la question de la possible iatrogénie d'une hospitalisation prolongée.

Si la gravité des troubles est équivalente dans les deux groupes, en revanche, la répartition des prévalences des troubles diffère, même si cela n'apparaît pas toujours de façon très significative du fait d'effectifs trop faibles dans chaque catégorie. Dans l'échantillon étudié, le groupe ASE présente davantage de troubles externalisés. C'est une donnée que nous avons retrouvée dans une étude comparable centrée sur les troubles du langage oral et écrit<sup>1</sup>. Les troubles des conduites, et les troubles mixtes des comportements et des émotions sont ceux pour lesquels la différence apparaît le plus entre les deux groupes. En revanche, les troubles hyperactivité et déficit attentionnel et trouble oppositionnel avec provocation sont également représentés dans les deux groupes. Cette surreprésentation des troubles externalisés concorde avec les données de la littérature, qui montrent que les facteurs de risque psychosociaux sont fortement corrélés avec les troubles des comportements et des conduites, et jouent probablement un rôle dans la psychopathologie de ce trouble [10,11].

Concernant les troubles du développement, on retrouve dans le groupe ASE davantage de troubles spécifiques du développement, dont la corrélation avec les facteurs de risque psychosociaux a été évoquée pour les dysharmonies cognitives et de développement [43]. En revanche, les troubles envahissant du développement typiques, l'autisme de Kanner, pour lesquels les recherches orientent vers des facteurs étiopathogéniques biologiques et génétiques<sup>2</sup>, connaissent une répartition équivalente dans les deux groupes [44]. Les retards mentaux légers sont également plus fréquents dans le groupe ASE, montrant la sensibilité de ce trouble aux défauts d'étayage [45], alors que les retards plus graves connaissent une répartition plus équitable entre les deux groupes, avec l'influence des facteurs biologiques et génétiques.

Les troubles internalisés (dépression et anxiété) sont a contrario plus représentés dans le groupe non ASE dans notre échantillon. Il semblerait que pour les patients du groupe ASE l'expression d'une dépressivité se traduise davantage par des conduites externalisées que par des affects internalisés, en témoigne la fréquence relative des troubles mixtes des conduites et des émotions et surtout la fréquence de troubles des conduites.

Le trouble de personnalité *borderline* est assez fréquent dans la population hospitalisée (18 %) ce qui témoigne de sa gravité et de son retentissement, puisqu'il représente une importante proportion des troubles impliquant des soins hospitaliers. Nous n'avons pas retrouvé de différence dans la fréquence de ce trouble entre les deux groupes, alors que nous connaissons les hypothèses psychopathologiques qui mettent le défaut d'étayage précoce et la problématique narcissique et abandonnique au

cœur de son occurrence [18]. Cette absence de différence significative peut être liée aux recommandations de ne porter ce diagnostic qu'à partir de 15 ans, ce qui limite le nombre dans notre population dont la moyenne d'âge est de 13 ans. Plus encore, ces hypothèses psychopathologiques renvoient moins à un trouble mental référencé dans une nosographie qu'à une organisation de personnalité s'exprimant dans plusieurs registres, cognitif et émotionnel, relationnel et comportemental. En ce sens, les données de l'évaluation dimensionnelle sans limitation liée à l'âge sont éclairantes. Elles montrent que les dimensions évocatrices du trouble *borderline* sont très présentes dans le groupe ASE. Les scores du DIB sont significativement plus élevés pour les patients du groupe ASE. Les échelles évaluant d'une façon indépendante et dimensionnelle l'impulsivité, l'hostilité et la labilité émotionnelle retrouvent aussi des scores nettement plus élevés pour ces trois dimensions dans le groupe ASE (Tableau 4). Ces dimensions font aussi partie des traits évocateurs de trouble de la personnalité *borderline* [46]. En revanche, les scores d'empathie sont équivalents dans les deux groupes. Une altération des capacités empathiques devrait se retrouver de façon plus prononcée dans le sous-groupe des états limites où l'atteinte narcissique est la plus nette et s'exprime sous la forme d'un trouble des conduites, au sens du DSM, ou psychopathie [18]. Or, dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour ce diagnostic (Tableau 3). L'évaluation des variables dimensionnelles apporte des informations sur le fonctionnement des patients en sortant de la référence catégorielle de diagnostic. En effet, on a vu qu'en psychiatrie de l'enfant, le polymorphisme des manifestations cliniques, la fréquente comorbidité entre les diagnostics, et la nécessité de considérer que le sujet est en développement, et que la structure n'est pas fixée, rendent compte des limites de ce modèle catégoriel.

#### 4.3. Limites et biais méthodologiques

Les limites de notre étude sont nombreuses. Nous citerons :

- le recrutement sur un seul site qui induit un biais de recrutement évident, en particulier la quasi-absence de troubles du comportement alimentaire pris en charge dans d'autres structures en Île de France ;
- la taille de l'échantillon au regard du nombre de variables explorées limite la puissance statistique de nos analyses ;
- la faible concordance de certains diagnostics ;
- le diagnostic clinicien a en général été porté par un psychiatre non directement impliqué dans l'étude ;
- le nombre relativement élevé de refus ou d'interviews impossibles ;
- enfin, il s'agit d'une étude transversale cas-témoin qui ne permet pas d'inférer une quelconque causalité.

## 5. Conclusion

Dans notre échantillon de jeunes patients présentant de graves troubles psychiatriques, les jeunes du groupe ASE sont confrontés à davantage de facteurs de risque psychosociaux. On retrouve

<sup>1</sup> Giannitelli M, Plaza M, Guillemont F, Hingant A, Bodeau N, Chauvin D et al. Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* (soumis pour publication).

<sup>2</sup> Tordjman S, Cohen D, Coulon N, Prorel J, Botbol M. Non syndromic autism: on the waiting list of syndromic autism? *Behav Genetics* (in revision).

de façon significative plus de conflits familiaux, de discontinuités dans le parcours de vie, plus de conduites à risque des parents, toxicomanie, alcoolisme, et plus de troubles de personnalité antisociale des parents. Bien qu'il n'existe pas de déterminisme entre les facteurs de risque psychosociaux de ces jeunes et certains troubles, il existe une association significative entre ces facteurs et les troubles externalisés, et les dimensions du registre limite sont particulièrement représentées. En effet, on retrouve chez les patients du groupe ASE une fréquence significativement plus importante de troubles du registre limite, caractérisés par le défaut de régulation des émotions, le recours à l'agir, l'impulsivité, l'agressivité du comportement. Il faut souligner qu'une fragilité thymique est évidente chez le groupe ASE (Tableau 4) : une telle fragilité pourrait s'exprimer par des troubles des conduites mixtes ou par une dépressivité comme dimension du registre limite.

L'ASE intervient justement dans les situations sociales difficiles et problématiques, où ces facteurs de risque psychopathologiques sont très fréquents. Mais fort heureusement, tous les enfants de l'ASE ne présentent pas de troubles. Au sein de la population des enfants et adolescents confiés à l'ASE, nous manquons d'éléments pour expliquer la diversité des degrés de gravité et des pathologies rencontrées. Une étude des facteurs de risque dans une population de jeunes pris en charge par l'ASE permettrait de mieux comprendre l'influence des facteurs environnementaux, et de mettre en évidence des facteurs protecteurs.

La gravité et la prévalence élevée de troubles psychiatriques chez les jeunes pris en charge par l'ASE montre l'impact des interactions précoces dysfonctionnelles sur le développement de psychopathologie chez l'enfant. Elle montre aussi l'insuffisance des mesures de prévention et de soins chez les jeunes pris en charge par l'ASE. Le débat sur la scène judiciaire et sociale autour de la « bienveillance » du placement occulte le problème sous-jacent de la « pathologie du lien » et la nécessité de moyens thérapeutiques spécifiques pour ces situations, dont la mise en œuvre est à l'évidence insuffisante actuellement.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Adler A. L'éducation des enfants. Paris: Payot; 1983.
- [2] Spitz R. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 1945;1:53.
- [3] Bowlby J. Soins maternels et santé mentale. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1951.
- [4] Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Isle of Wight studies 1964–1974. *Psychol Med* 1976;6:313–32.
- [5] Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch health and development study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:287–96.
- [6] Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, and the BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adol Psychiatry* 2008;17(Suppl. 1):133–47.
- [7] Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum H, Botein S. Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Dev* 1990;61:85–98.
- [8] Jenkins JM, Smith MA. Marital disharmony and children's behavior problems: aspects of a poor marriage that affect children adversely. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32:793–810.
- [9] Farrington DP. The development of offending and antisocial behavior from birth to childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:929–64.
- [10] Cohen D. Probabilistic epigenesis: an alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34:119–29.
- [11] Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1468–84.
- [12] Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:64–73.
- [13] Carlson EA. A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Dev* 1998;69:1107–28.
- [14] Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MAG, Hanson K. Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:49–55.
- [15] Tremblay RE, Nagin DS, Seguin Zocodillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004;114:4350.
- [16] Lahey BB, Piacentini JC, McBurnett K, Stone P, Hartdagen SE, Hynd G. Psychopathology and antisocial behavior in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:163–70.
- [17] Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Dev* 1993;64(2):572–85.
- [18] Cohen D, Guilé JM. Les perturbations de l'empathie sont au cœur des troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2010;58:241–7.
- [19] Pauzé R, Déry M, Toupin J. Analyse critique des études portant sur les caractéristiques familiales et personnelles des jeunes placés en milieu substitut. *Rev Can Psychoeduc* 1995;24(1):1–15.
- [20] Phillips MH, Shyne AW, Sherman EA, Haring BL. Factors associated with placement decisions in child welfare. Research Center, Child Welfare League of America; 1971.
- [21] McIntyre A, Keesler TY. Psychological disorders among foster children. *J Clin Child Psychol* 1986;15(4):297–303.
- [22] Swire MR, Kavalier F. The health status of foster children. *Child Welfare* 1977;56(10):635–53.
- [23] Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D, Janiszewski S. Psychiatric disorders in pediatric primary care: prevalence and risk factors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1107–16.
- [24] Zeanah HC, Keyes A, Settles L. Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1008:22–30.
- [25] Rutter M, Colvert E, Beckett C, Castle J, Groothues C, Hawkins AJ, et al. Early adolescent outcomes of institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(1):17–30.
- [26] CAREPS/DASES. Étude sur l'état général des enfants placés à l'ASE de Paris, Rapport n° 395A; 2003.
- [27] Fiacre P, Peintre C, Barreyre JY. Les situations de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs placés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Yvelines, CEDIAS. Île de France: Délégation ANCREAI; 2003.
- [28] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Weiller E, Hergueta T, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22–33.

- [29] Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Pers Disord* 1989;3:10–8.
- [30] Jaunay E, Sosoli A, Greenfield B, Guilé J-M, Mazet P, Cohen D. Treatment refusal in adolescents with severe chronic illness and borderline personality disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(3):135–42.
- [31] Guilé JM, Greenfield B, Berthiaume C, Chapdelaine C, Bergeron L. Reliability and diagnostic efficiency of the abbreviated-diagnostic interview for borderlines in an adolescent clinical population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(9):575–81.
- [32] Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977;16:57–68.
- [33] Boone SL, Flint C. Psychometric analysis of aggression and conflict-resolution behavior in black adolescent males. *Soc Behav Personality* 1988;16(2):215–26.
- [34] Guilé JM, Huynh C, Consoli A, Deniau E, Nicoulaud L, Cornez-Colmenero C, et al. Reliability and concurrent validity of the French version of the adolescent Buss-Durkee Hostility. Istanbul: International association of child and adolescent psychiatry and allied professions; 2008.
- [35] Guilé JM, Chapdelaine C, Desrosiers L, Cornez C, Bouvier H, Breton JJ. Preliminary reliability study of the affective lability scale adapted for adolescents in a francophone clinical population. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(4):293–306.
- [36] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 10<sup>e</sup> révision Paris: Masson; 2000.
- [37] David M. Le placement familial. Paris: Dunod; 2004.
- [38] Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris: Dunod; 2004.
- [39] Zeanah CH, Egger HL, Smyke AT, Nelson CA, Fox NA, Marshall PJ, et al. Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Am J Psychiatry* 2009;166(7):777–85.
- [40] Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. The effect of neglect on academic and disciplinary problems: a developmental perspective. *Child Abuse Negl* 1996;20:161–9.
- [41] Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1112–7.
- [42] Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelmann S, et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospital does not? *Ann Intern Med* 2008;149(2):100–8.
- [43] Gibello B. Les dysharmonies cognitives pathologiques chez les enfants et adolescents présentant des « inconduites ». *Neuropsych Enfance Adolesc* 2010;58:201–7.
- [44] Périsset D, Amiet C, Consoli A, Thorel MV, Gourfinkel-An I, Bodeau N, et al. Risk factors of acute behavioral regression in psychiatrically hospitalized adolescents with autism. *J Can Ac Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:100–8.
- [45] Marcelli D, Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. 8<sup>e</sup> édition Paris: Masson; 2009.
- [46] Renaud S, Guilé JM. Approche neurobiologique des traits tempéramentaux associés aux troubles de personnalité. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:731–8.